

請 求 書

令和 年 月 日

(提出先) 松 山 市 長

債権者番号

住 所

医療機関名

氏 名.....印

当請求金額を次の預金口座にお振り込み下さい。

金融機関名	
口座名義人名	
	第 号

下記の金額請求いたします。

金 額	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	内訳下記のとおり
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

ただし 胃がん検診 委託料 令和 年度 月分
(消費税及び地方消費税を含む)

内視鏡検査	@	12,269	円×	件=	円
自己負担免除者 後期	@	3,500	円×	件=	円
生活保護	@	3,500	円×	件=	円
非課税	@	3,500	円×	件=	円
中国残留邦人等	@	3,500	円×	件=	円
国保	@	3,500	円×	件=	円

合計請求額 _____ 円